



भारत का राजपत्र The Gazette of India

सी.जी.-डी.एल.-अ.-14122022-241089
CG-DL-E-14122022-241089

असाधारण
EXTRAORDINARY

भाग III—खण्ड 4
PART III—Section 4

प्राधिकार से प्रकाशित
PUBLISHED BY AUTHORITY

सं. 656]
No. 656]

नई दिल्ली, बुधवार, दिसम्बर 14, 2022/अग्रहायण 23, 1944
NEW DELHI, WEDNESDAY, DECEMBER 14, 2022/AGRAHAYANA 23, 1944

राष्ट्रीय होम्योपैथी आयोग अधिसूचना

नई दिल्ली, 13 दिसम्बर, 2022

फा. सं 2-11/2021-BERH/NCH/11055.—राष्ट्रीय होम्योपैथी आयोग, राष्ट्रीय होम्योपैथी आयोग अधिनियम, 2020 (2020 का 15) के अधिक्रमण में उप-धारा (1) और खंड (य च), (य छ), (य ज), (य झ) और (य) द्वारा प्रदत्त शक्तियों का प्रयोग करते हुए धारा 55 की उप-धारा (2) के साथ पठित धारा 32, 33 और 34 उनके सिवाय जो कि अधिक्रमण से पहले रखी अथवा या छोड़ी गई हैं द्वारा निम्नलिखित नियम बनाता है अर्थात्:-

1-संक्षिप्त शीर्षक और प्रारंभ-(1) इन विनियमों का नाम राष्ट्रीय होम्योपैथी आयोग (होम्योपैथी चिकित्सकों का राष्ट्रीय पंजीका तैयार करने हेतु प्रविधि एवम रख रखाव) विनियम, 2022 होगा।

(2) ये राजपत्र में प्रकाशन की तिथि से प्रवृत्त होंगे।

2. परिभाषाएं- (1) इन विनियमों में, जब तक कि संदर्भसे अन्यथा अपेक्षित न हो,-

(अ) "अधिनियम" से राष्ट्रीय होम्योपैथी आयोग अधिनियम, 2020 (2020 का 15) अभिप्रेत है;

(आ) "अतिरिक्त योग्यता" में स्नातकोत्तर डिग्री, स्नातकोत्तर डिप्लोमा या डॉक्टरेट की डिग्री, जैसा कि आयोग द्वारा निर्धारित किया गया हो शामिल है;

(इ) "आयुष्मान भारत डिजिटल मिशन" का तात्पर्य एक ऐसा मिशन है जो एक राष्ट्रीय डिजिटल स्वास्थ्य पारिस्थितिकी तंत्र

बनाने का प्रयास कर एक कुशल, सुलभ, समावेशी, वहन योग्य, समय पर और सुरक्षित तरीके से सार्वभौमिक स्वास्थ्य कवरेज का समर्थन करता है, यह आंकड़ों की एक विस्तृत श्रृंखला प्रदान कर सूचना और बुनियादी ढांचा, विधिवत खुला उपयोग, अंतर-प्रचालनीय, मानक आधारित डिजिटल प्रणाली और स्वास्थ्य संबंधी व्यक्तिगत जानकारी की गोपनीयता और एकांतता सुनिश्चित करता है।

(ई) "प्रपत्र" से इन विनियमों से जुड़ा एक प्रपत्र अभिप्रेत है;

(ए) आयुष्मान भारत डिजिटल मिशन के तहत "स्वास्थ्य सेवा व्यावसायिक पंजीयन" से चिकित्सा की आधुनिक और पारंपरिक दोनों प्रणालियों में स्वास्थ्य सेवाओं के वितरण में शामिल सभी स्वास्थ्य व्यावसायिकों का एक व्यापक संग्रह अभिप्रेत है।

(ऐ) "होम्योपैथी साभ्यासी" में शामिल है, होम्योपैथी चिकित्सा साभ्यासी, होम्योपैथी के पंजीकृत चिकित्सक, पंजीकृत चिकित्सक, पंजीकृत होम्योपैथिक चिकित्सक, अनुज्ञप्ति (लाइसेंस) प्राप्त चिकित्सक, होम्योपैथी के चिकित्सक शामिल हैं, जो इस समय होम्योपैथी के लिए किसी भी राज्य पंजीका या केंद्रीय पंजीका या होम्योपैथी राष्ट्रीय पंजीका में पंजीकृत हैं;

(ओ) "अनुसूची" से इन विनियमों के साथ संलग्न अनुसूची अभिप्रेत है।

(2) यहाँ प्रयुक्त शब्द और अभिव्यक्तियाँ जोकि यहाँ परिभाषित नहीं हैं, किंतु अधिनियम में परिभाषित हैं, उनके वही अर्थ होंगे जो कि क्रमशः अधिनियम में समनुदेशित किए गए हैं।

3.राष्ट्रीय पंजीका का रख-रखाव - (1) होम्योपैथी नैतिकता और पंजीकरण बोर्ड, राष्ट्रीय होम्योपैथी आयोग (होम्योपैथी चिकित्सकों की सूची प्रस्तुतिकरण) नियम, 2021 में निर्दिष्ट प्रारूप के अनुसार इलेक्ट्रॉनिक और भौतिक दोनों स्वरूपों में होम्योपैथी का राष्ट्रीय पंजीका बनाएगा।

(2) होम्योपैथी राष्ट्रीय पंजीका को राज्य चिकित्सा परिषदों द्वारा प्रदान की गई पंजीकृत होम्योपैथी चिकित्सकों की सूची और होम्योपैथी नैतिकता और पंजीकरण बोर्ड द्वारा किए गए सीधे पंजीकरण के आंकड़ों के आधार पर तैयार किया जाएगा।

(3) प्रत्येक होम्योपैथी राज्य चिकित्सा परिषद, इलेक्ट्रॉनिक और भौतिक दोनों स्वरूपों में प्रपत्र -1 और प्रपत्र -2 में राज्य रजिस्टर को तैयार करेगी और नियमित रूप से अद्यतित करेगी और उसकी हस्ताक्षरित दो प्रतियां भौतिक रूप से अध्यक्ष होम्योपैथी नैतिकता और पंजीकरण बोर्ड को तिमाही आधार पर निम्नलिखित तालिका में उल्लिखित समय-सारणी के अनुसार प्रेषित करेगी :-

क्रम स.	आंकड़ों का विवरण	समय सारिणी
(1)	(2)	(3)
1.	01 जनवरी से 31 मार्च तक पंजीकृत साभ्यासियों के आंकड़े	15 अप्रैल तक
2.	01 अप्रैल से 30 जून तक पंजीकृत साभ्यासियों के आंकड़े	15 जुलाई तक
3.	01 जुलाई से 30 सितंबर तक पंजीकृत साभ्यासियों के आंकड़े	15 अक्तूबर तक
4.	01 अक्तूबर से 31 दिसम्बर तक पंजीकृत साभ्यासियों के आंकड़े	15 जनवरी तक

(4) होम्योपैथी संबंधी राज्य चिकित्सा परिषद इन नियमों के तहत अपने कार्यों के निर्वहन में सूचना प्रौद्योगिकी और मानव संसाधनों से संबंधित बुनियादी ढांचे की उपयुक्त व्यवस्था करेगी, ताकि राज्य अथवा केंद्र शासित प्रदेश में पंजीकृत साभ्यासियों की संख्या जैसा भी मामला हो, के अनुरूप हो और संबंधित राज्य सरकार या केंद्र शासित प्रदेश प्रशासन यह सुनिश्चित करेगा कि आयोग के गठन से पूर्व प्रदत्त अनुज्ञप्ति [लाइसेंस] लाइसेंस या पंजीकरण प्रपत्र -1 और प्रपत्र -2 में उल्लेखित समयबद्ध तरीके से इन नियमों के लागू होने की तिथि से अधिकतम एक वर्ष की अवधि के अंदर अद्यतित [अपडेट] हों,।

(5) अधिनियम और उसके अंतर्गत बनाए गए किसी भी नियम और किसी राज्य अधिनियम या कुछ समय के लिए लागू नियमों के बीच किसी विरोधाभास की स्थिति में, अधिनियम के प्रावधान और उसके अंतर्गत बनाए गए नियम प्रभावी होंगे और प्रत्येक होम्योपैथी राज्य चिकित्सा परिषद एकरूपता बनाए रखने के लिए इनका अनुपालन करेगी।

(6) होम्योपैथी नैतिकता और पंजीकरण बोर्ड, चिकित्सकों के आचारण को प्रभावी ढंग और विनियमित करने के लिए होम्योपैथी राज्य चिकित्सा परिषदों के साथ निरंतर वार्ता करेगी।

(7) (i) सभी पंजीकृत होम्योपैथिक चिकित्सक जो कि संबंधित राज्य होम्योपैथी चिकित्सा परिषदों के अंतर्गत पंजीकृत होम्योपैथी राष्ट्रीय स्वास्थ्य प्राधिकरण द्वारा जारी दिशा-निर्देशों के अनुसार आयुष्मान भारत डिजिटल मिशन के अंतर्गत हेल्थकेयर व्यावसायिक पंजीयक में खुद को नामांकित कर सकते हैं।

(ii) खंड (i) में निहित किसी भी बात के बावजूद, सरकारी स्वास्थ्य सुविधा के होम्योपैथी सभ्यासियों को अनिवार्य रूप से आयुष्मान भारत डिजिटल मिशन के अंतर्गत व्यावसायिक पंजीयन में अनिवार्य रूप से पंजीकरण कराना होगा।

4. साभ्यास हेतु अनुज्ञप्ति (लाइसेंस) की पात्रता - (1) होम्योपैथी शिक्षा बोर्ड द्वारा मान्यता प्राप्त अथवा पूर्ववर्ती होम्योपैथी केंद्रीय परिषद अधिनियम, 1973 (1973 का 59) की द्वितीय अथवा तृतीय अनुसूची के अंतर्गत मान्यता प्राप्त होम्योपैथी चिकित्सा अर्हताधारी कोई भी व्यक्ति होम्योपैथी साभ्यास हेतु संबंधित राज्य होम्योपैथी चिकित्सा परिषद जहाँ का वह निवासी हो, लाइसेंस प्राप्त करने का पात्र होगा:

परंतु राज्य होम्योपैथी चिकित्सा परिषद यह सुनिश्चित करेगी कि लाइसेंस प्राप्त करने का इच्छुक आवेदक अन्य किसी राज्य होम्योपैथी चिकित्सा परिषद के साथ पहले से पंजीकृत नहीं है:

परंतु आगे किसी अर्हताधारी द्वारा प्रारंभिक पंजीकरण प्राप्त करने में एक वर्ष से अधिक की देरी की स्थिति में, संबंधित राज्य होम्योपैथी चिकित्सा परिषद यह सुनिश्चित करेगी कि अभ्यार्थी ने होम्योपैथी के लिए किसी अन्य राज्य होम्योपैथी चिकित्सा परिषद से पंजीकरण प्राप्त नहीं किया है और अनुज्ञप्ति (लाइसेंस) देने से पूर्व इस आशय का अनिवार्य शपथ पत्र लिया जायेगा कि उसके पास किसी अन्य राज्य या केंद्र शासित प्रदेश से कोई अनुज्ञप्ति (लाइसेंस) अथवा पंजीकरण नहीं लिया है।

5. अतिरिक्त योग्यता - (1) राज्य होम्योपैथी चिकित्सा परिषद इस संबंध में इलेक्ट्रॉनिक डेटा के सत्यापन और साथ ही अद्यतनीकरण (अपडेशन) के पश्चात होम्योपैथी साभ्यासी के प्रारंभिक पंजीकरण के विरुद्ध मान्यता प्राप्त अतिरिक्त अर्हता का सत्यापन करने के उपरान्त राज्य पंजीका में दर्ज करेगी।

(2) होम्योपैथी राज्य चिकित्सा परिषद, राज्य पंजीका में किसी होम्योपैथी सभ्यासी के विवरणों में किसी प्रकार के परिवर्तनों अथवा संशोधनों अथवा सुधारों को राष्ट्रीय पंजीका (रजिस्टर) के साथ इलेक्ट्रॉनिक डेटा समकालन (सिंक्रोनाइज़ेशन) के माध्यम से अद्यतनीकरण (अपडेशन) किये गये, स्वास्थ्य सेवा व्यावसायी पंजीयन (रजिस्ट्री), यदि लागू हो, में भी संशोधित किया जायेगा तथा इस संबंध में राष्ट्रीय होम्योपैथी आयोग को भी सूचित करेगी।

6. राष्ट्रीय होम्योपैथी आयोग में पंजीकरण - जिस राज्य में होम्योपैथी चिकित्सा परिषद का गठन नहीं किया गया हो, राष्ट्रीय होम्योपैथी आयोग, होम्योपैथी नैतिकता और पंजीकरण बोर्ड के माध्यम से राज्य या केंद्र शासित प्रदेश में रहने वाले होम्योपैथी के सभ्यासी को इन विनियमों के अनुसार आवेदन पत्र के साथ निर्धारित शुल्क ले कर पंजीकृत करेगा।

परंतु इस विनियम के तहत सीधे पंजीकरण केवल तब तक किया जाएगा जब तक कि ऐसी राज्य होम्योपैथी चिकित्सा परिषद का गठन नहीं किया जाता है:

परंतु आगे कि होम्योपैथी नैतिकता और पंजीकरण बोर्ड, पंजीका में ऐसे सभ्यासी का नाम पंजीका में दर्ज करने से पूर्व, अर्हता प्रदान करने वाले प्राधिकारी से साभ्यासी की अर्हता तथा पते का सत्यापन करेगा और संबंधित पुलिस प्राधिकारी से अन्य विवरण भी सत्यापन करायेगा।

7. नागरिकों अथवा विदेशी हेतु साभ्यास के लिए अनुज्ञप्ति(लाइसेंस)

(1) कोई भी विदेशी नागरिक जो अपने देश की होम्योपैथी में चिकित्सा अर्हता रखता हो और उस देश में होम्योपैथी के चिकित्सक के रूप में मान्यता प्राप्त हो और राष्ट्रीय होम्योपैथी आयोग द्वारा मान्यता प्राप्त हो और भारत में

होम्योपैथी साभ्यास करने हेतु इच्छुक हो, को भारत में रहने के लिए राजनयिक अनुमति प्राप्त करने की आवश्यकता होगी और इस तरह के अनुमत प्रवास के भीतर की अवधि, जो कि एक समय में छह महीने से अधिक नहीं हो, के लिए अस्थायी लाइसेंस प्राप्त करने के लिए पात्र होंगे।

परंतु एक विदेशी नागरिक के मामले में जो कि होम्योपैथी राष्ट्रीय आयोग द्वारा मान्यता प्राप्त होम्योपैथी अर्हता में कोई अतिरिक्त योग्यता प्राप्त करने का इच्छुक हो, वह अपने अध्ययन की अवधि के लिए लाइसेंस प्राप्त करने के लिए पात्र होगा।

(2) उप-विनियम (1) में निर्दिष्ट कोई भी विदेशी नागरिक, निर्दिष्ट शुल्क के भुगतान के साथ प्रपत्र -7 में राज्य होम्योपैथी चिकित्सा परिषद अथवा होम्योपैथी राष्ट्रीय आयोग, जैसा भी मामला हो, में आवेदन करेगा जैसा कि अनुज्ञप्ति (लाइसेंस) प्राप्त करने की अनुसूची प्रपत्र-8 और उनके लिए पंजीका का भाग-'अ' होम्योपैथी नैतिकता और पंजीकरण बोर्ड द्वारा प्रपत्र-2 में रखा जाएगा।

(3) कोई भी व्यक्ति जो भारत का नागरिक है तथा होम्योपैथी राष्ट्रीय आयोग द्वारा मान्यता प्राप्त विदेशी अर्हता प्राप्त हो और होम्योपैथी साभ्यास करने के लिए इच्छुक हो, तो संबंधित होम्योपैथी राज्य चिकित्सा परिषद में आवेदन करेगा:

परंतु राष्ट्रीय होम्योपैथी आयोग, होम्योपैथी नैतिकता और पंजीकरण बोर्ड के माध्यम से राज्य अथवा केंद्र शासित प्रदेश में रहने वाले ऐसे व्यक्ति को पंजीकृत करेगा, जहां राज्य होम्योपैथी चिकित्सा परिषद

फॉर्म-7 में आवेदन और फॉर्म-8 में पंजीकरण के प्रमाण पत्र द्वारा गठित नहीं किया गया है:

परंतु आगे कि होम्योपैथी नैतिकता और पंजीकरण बोर्ड, पंजीका में ऐसे सभ्यासी का नाम पंजीका में दर्ज करने से पूर्व, अर्हता प्रदान करने वाले प्राधिकारी से साभ्यासी की अर्हता तथा पते का सत्यापन करेगा और संबंधित पुलिस प्राधिकारी से अन्य विवरण भी सत्यापन करायेगा।

(4) जहां होम्योपैथी का कोई विदेशी चिकित्सक स्वास्थ्य सेवा प्रदान करने के उद्देश्य से भारत का दौरा करता है, वह रोगी के रिकॉर्ड को बनाए रखने और देखभाल की गुणवत्ता बढ़ाने के लिए आयुष्मान भारत डिजिटल मिशन के तहत स्वास्थ्य सेवा व्यावसायिक पंजीयन में स्वयं को राष्ट्रीय स्वास्थ्य प्राधिकरण द्वारा समय-समय पर जारी नीति, दिशानिर्देश और अधिसूचनाओं के अनुसार पंजीकृत कर सकता है।

8. अन्य राज्य में साभ्यास या रोजगार –

(1) होम्योपैथी के लिए किसी भी राज्य चिकित्सा परिषद से होम्योपैथी साभ्यास हेतु लाइसेंसधारी चिकित्सक अथवा होम्योपैथी राष्ट्रीय आयोग से सीधे पंजीकृत अथवा पूर्ववर्ती होम्योपैथी केंद्रीय परिषद से सीधे पंजीकृत अथवा होम्योपैथी राष्ट्रीय पंजीका में दर्ज या केंद्रीय होम्योपैथी परिषद में दर्ज कोई भी चिकित्सक राज्य या केंद्र शासित प्रदेश में साभ्यास करने अथवा कार्य करने के लिए पात्र होंगे :

परंतु एक लाइसेंस प्राप्त सभ्यासी संबंधित राज्य चिकित्सा होम्योपैथी परिषद से भी पंजीकृत होगा।

(2) (i) होम्योपैथी का एक अनुज्ञप्ति (लाइसेंस) प्राप्त चिकित्सक, जो किसी अन्य राज्य या केंद्र शासित प्रदेश में साभ्यास हेतु इच्छुक हो, वह संबंधित होम्योपैथी राज्य चिकित्सा परिषद को प्रपत्र - 5 में आवेदन करेगा और विवरणों के सत्यापन के उपरांत होम्योपैथी राज्य चिकित्सा परिषद उन्हें प्रपत्र -6 में दर्ज करेगी।

(ii) प्रत्येक होम्योपैथी राज्य चिकित्सा परिषद, प्रपत्र-6 में राज्य पंजीका को अलग से बनायेगी और नियमित रूप से अद्यतित करेगी और होम्योपैथी राज्य चिकित्सा परिषदों के साथ दर्ज चिकित्सकों के विवरण भी होम्योपैथी नैतिकता और पंजीकरण बोर्ड को प्रेषित करेंगी।

(iii) किसी अन्य होम्योपैथी राज्य चिकित्सा परिषद में पंजीकृत होम्योपैथी चिकित्सक जो ऐसे किसी भी राज्य अथवा केंद्र शासित प्रदेश में साभ्यास करने में इच्छुक हों, जहां होम्योपैथी राज्य चिकित्सा परिषद का गठन होना बाकी है,

वह होम्योपैथी नैतिकता और पंजीकरण बोर्ड को प्रपत्र-5 में अनुसूची में निर्दिष्ट शुल्क के साथ आवेदन करेगा और ऐसे चिकित्सकों को प्रपत्र-6 में दर्ज करेगा:

परंतु विवरणों के सत्यापन के पश्चात्, होम्योपैथी राज्य चिकित्सा परिषद अथवा होम्योपैथी नैतिकता और पंजीकरण बोर्ड, जैसा भी मामला हो, नामांकन पत्र होम्योपैथी राज्य चिकित्सा परिषद को एक प्रति के साथ नामांकन पत्र जारी करेगा, जहाँ कि चिकित्सक वास्तव में पंजीकृत है:

परंतु आगे कि इस तरह के किसी भी नामांकन को अनंतिम अथवा अस्थायी अथवा स्थायी पंजीकरण या सीधे पंजीकरण के बराबर नहीं माना जाएगा और संबंधित राज्य चिकित्साहोम्योपैथी परिषद रिकॉर्ड में नया पता भी अद्यतित करेगी।

9. राज्य या राष्ट्रीय पंजीका (रजिस्टर) में अनुज्ञप्ति (लाइसेंस) के विवरण का अद्यतनीकरण (अपडेटिंग)।

(1) एक होम्योपैथी चिकित्सक के लाइसेंस को हर पांच साल के बाद सभी होम्योपैथी राज्य चिकित्सा परिषदों और सीधे पंजीकरण के लिए राष्ट्रीय होम्योपैथी आयोग द्वारा एक समान प्रतिरूप में अद्यतित (अपडेटेड) किया जाएगा।

(2) कोई भी चिकित्सक जो कि नियत तिथि से छह महीने के अंदर अपने लाइसेंस को अद्यतित करने में विफल रहता है, होम्योपैथी साभ्यास का अधिकार खो देगा और अपने लाइसेंस के आधार पर रोजगार जारी रखने का अधिकार भी खो देगा, जब तक कि वह होम्योपैथी राज्य चिकित्सा परिषदों द्वारा निर्धारित शुल्क अथवा होम्योपैथी राष्ट्रीय आयोग में सीधे पंजीकरण के मामले में प्रपत्र -9 में आवेदन के साथ अनुसूची में निर्दिष्ट शुल्क के भुगतान द्वारा जैसा भी मामला हो, अद्यतित नहीं किया जाय।

परंतु ऐसे किसी भी अद्यतन (अपडेटिंग) की अनुमति नहीं दी जाएगी, यदि देरी दो साल से अधिक हो और ऐसे मामले में, लाइसेंस या पंजीकरण रद्द कर दिया जाएगा और नये लाइसेंस के लिए लागू शुल्क के साथ पुनः नया आवेदन करने की आवश्यकता होगी जैसा कि अनुसूची में निर्दिष्ट है या जैसा कि होम्योपैथी राज्य चिकित्सा परिषद द्वारा निर्धारित किया गया हो, जैसा भी मामला हो।

(3) इस विनियम के तहत किए गए सभी अद्यतन (अपडेटिंग) या हटाए जाने के बारे में होम्योपैथी राज्य चिकित्सा परिषदों द्वारा कारण बताते हुए इलेक्ट्रॉनिक और भौतिक प्रारूप के माध्यम से एथिक और पंजीकरण बोर्ड को सूचित किया जाएगा।

10. राज्य पंजीका (रजिस्टर) या राष्ट्रीय पंजीका (रजिस्टर) में नाम हटाना या बहाल करना –

(1) जहां किसी व्यक्ति का पंजीकरण अमान्य अर्हता, जाली दस्तावेजों या अनुचित साधनों के आधार पर दिया गया है, उसका पंजीकरण संबंधित होम्योपैथी राज्य चिकित्सा परिषद अथवा होम्योपैथी राष्ट्रीय आयोग द्वारा जैसा भी मामला हो, हटा दिया जाएगा। उसके कारणों को रिकॉर्ड करके और व्यक्तिगत रूप से सुनवाई का अवसर देने के पश्चात् और ऐसे सभी रद्दी किया मामलों को पंद्रह दिनों के अंदर होम्योपैथी नैतिकता पंजीकरण बोर्ड को सूचित किया जाएगा।

(2) कोई भी पंजीकृत होम्योपैथी साभ्यासी जिसका नाम होम्योपैथी के राज्य रजिस्टर से इस आधार के अलावा कि हटा दिया गया हो कि उसके पास आवश्यक चिकित्सा अर्हता नहीं है और नियत समय में अपने लाइसेंस को अद्यतित करने में विफल रहा है, और जहां उक्त साभ्यासी का आवेदन होम्योपैथी के राज्य रजिस्टर में उसका नाम बहाली के लिए होम्योपैथी राज्य चिकित्सा परिषद द्वारा अस्वीकार कर दिया गया है, ऐसी अस्वीकृति के तीस दिनों के भीतर, सभी विवरणों के साथ, अध्यक्ष, होम्योपैथी नैतिकता पंजीकरण बोर्ड में अपील दायर कर सकता है।

(3) ऐसे मामले में, जहां अपील, एक अनुज्ञप्ति (लाइसेंस) प्राप्त साभ्यासी के पक्ष में दी जाती है, जिसका नाम राज्य या राष्ट्रीय रजिस्टर से हटा दिया गया है, उसका नाम तदनुसार संबंधित पंजीका में बहाल कर दिया जाएगा और अद्यतन (अपडेटेड) किया जाएगा।

11. पहले के पंजीकरण या अनुज्ञप्ति (लाइसेंस) की सुरक्षा - किसी भी राज्य चिकित्साहोम्योपैथी परिषद द्वारा दिया गया अनुज्ञप्ति (लाइसेंस) अथवा होम्योपैथी केंद्रीय रजिस्टर में भाग- I और भाग- II में आयोग के गठन से पहले केंद्रीय

होम्योपैथी परिषद द्वारा नाम आयोग के गठन से पूर्व दर्ज किया गया हो जब तक कि होम्योपैथी के लिए राज्य परिषदों द्वारा रद्द नहीं किया जाता है, साभ्यास अथावा रोजगार के लिए मान्य होगा।

12. आयोग इस विनियम में विनिर्दिष्ट शर्तों में से किसी भी शर्त को शिथिल करने की शक्ति रखता है, कारणों को लिखित रूप में दर्ज किया जाएगा, ताकि अत्यंत योग्य मामलों में चिकित्सकों को किसी भी कठिनाई से बचाया जा सके।

डॉ. पिनाकीन एन. त्रिवेदी, अध्यक्ष, होम्योपैथी आचार और पंजीकरण बोर्ड

[विज्ञापन-III/4/असा./475/2022-23]

फॉर्म 1

[विनियम 3 देखें]

(राज्य पंजीका मे पंजीकृत में दर्ज मान्यता प्राप्त अर्हताधारी होम्योपैथिक चिकित्सकों की, होम्योपैथी के लिए प्रत्येक राज्य चिकित्सा परिषद द्वारा त्रैमासिक आधार पर होम्योपैथी नैतिकता और पंजीकरण बोर्ड के अध्यक्ष को आपूर्ति की जाने वाली सूची)

क्रम संख्या	व्यावसायिक का नाम (बड़े अक्षरों में) नवीनतम फोटो के साथ	पिता का नाम (बड़े अक्षरों में)	वर्तमान पत्राचार का पता	स्थायी पता	आधार संख्या	फोन, फैक्स और ई-मेल के साथ मोबाइल नंबर
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)

जन्म तिथि और राष्ट्रीयता	प्राप्त मेडिकल डिग्री या डिप्लोमा का नाम और योग्यता पास करने के महीने और वर्ष के साथ विश्वविद्यालय।	पंजीकरण विवरण: (i) पंजीकरण संख्या: (ii) पंजीकरण की तिथि (iii) पंजीका का नाम (राष्ट्रीय/राज्य) (iv) क्या पंजीकरण नवीकरणीय या स्थायी है:	चिकित्सा के शिक्षण या अनुसंधान या साभ्यास के प्रयोजनों के लिए पूरे पते के साथ अस्पताल या संस्थान का नाम।	चिकित्सक द्वारा प्रदान की जाने वाली रोगी देखभाल के संबंध में कानूनी मुद्दों के लिए संस्थान या अस्पताल में जिम्मेदार व्यक्ति का नाम।
(8)	(9)	(10)	(11)	(12)

फॉर्म -2

[विनियम 3 देखें]

(भारत के बाहर से मान्यता प्राप्त अर्हताधारी होम्योपैथिक चिकित्सकों की, भारत में अभ्यास करने की अनुमति और राज्य पंजीका में दर्ज, प्रत्येक होम्योपैथी राज्य चिकित्सा परिषद द्वारा त्रैमासिक आधार पर होम्योपैथी नैतिकता और पंजीकरण बोर्ड अध्यक्ष को आपूर्ति की जानी वाली सूची)

क्रम संख्या	व्यावसायिक का नाम (बड़े अक्षरों में) नवीनतम फोटो के साथ.	पिता का नाम (बड़े अक्षरों में)	वर्तमान पत्राचार का पता	स्थायी पता	पासपोर्ट संख्या.	फोन, फैक्स और मोबाइल नंबर के साथ ईमेल का पता	बीजा विवरण
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)

जन्म तिथि और राष्ट्रीयता	मेडिकल डिग्री या डिप्लोमा प्राप्त करने का नाम और योग्यता पास करने के महीने और वर्ष के साथ विश्वविद्यालय	क्या पहले चिकित्सा पद्धति के लिए भारत का दौरा किया था। यदि हां, तो पिछली यात्राओं की तारीख, अवधि और स्थान।	क्या आप किसी अन्य विदेशी देश में पंजीकृत हैं? यदि हां, तो उस निकाय या संगठन या संस्थान का नाम बताएं जिसके साथ पंजीकृत हैं और पंजीकरण की संख्या और तारीख दर्ज करें	क्या आप अपने देश में चिकित्सक के रूप में पंजीकृत हैं? यदि हां, तो निकाय या संगठन का नाम दर्ज करें जिसके साथ पंजीकरण या लाइसेंस संख्या और तारीख पंजीकृत है।
(9)	(10)	(11)	(12)	(13)

क्या पंजीकरण या अनुज्ञप्ति (लाइसेंस) नवीकरणीय या स्थायी है	अध्यापन अथवा अनुसंधान अथवा चिकित्सा के साभ्यास के प्रयोजनों के लिए पूरे पते के साथ अस्पताल या संस्थान का नाम	चिकित्सा के प्रशिक्षण या अनुसंधान या प्रैक्टिस की अवधि	भारत में संस्थान या अस्पताल में व्यक्ति का नाम, संबंधित चिकित्सक द्वारा प्रदान की जाने वाली रोगी देखभाल के संबंध में कानूनी मुद्दों के लिए कौन जिम्मेदार होगा	क्या भारत में रोजगार अस्थायी या स्थायी निर्दिष्ट किया जाना था
(14)	(15)	(16)	(17)	(18)

प्रपत्र -3

(विनियम 6 देखें)

राष्ट्रीय होम्योपैथी आयोग

जवाहर लाल नेहरू भारतीय चिकित्सा एवम होम्योपैथी अनुसंधान भवन, 61-65, इंस्टीट्यूशनल एरिया, अपोजिट. 'डी' ब्लॉक,

जनकपुरी, नई दिल्ली-58

पंजीकरण के लिए आवेदन पत्र (केवल ऐसे राज्यों/केंद्र शासित प्रदेशों के चिकित्सकों द्वारा उपयोग हेतु जहां होम्योपैथी के लिए कोई राज्य चिकित्सा परिषद मौजूद नहीं है)

कृपया यहाँ एक
अप्रमाणित फोटो
स्टेपल करें

कृपया यहाँ एक
अप्रमाणित
फोटो स्टेपल करें

सेवा में,

अध्यक्ष (बीईआरएच),

राष्ट्रीय होम्योपैथी आयोग, जनकपुरी, नई दिल्ली -110058।

श्रीमान,

मैं एतद द्वारा अनुरोध करता हूँ कि मेरा नाम और निम्नलिखित अन्य विवरण राष्ट्रीय होम्योपैथी रजिस्टर में दर्ज किए जाएं।

1. पूरा नाम

(बड़े अक्षरों में) :

2. पिता का नाम (बड़े अक्षरों में):

3. वर्तमान पत्राचार का पता:

4. स्थायी पता:
 5. आधार संख्या:
 6. ई-मेल पते के साथ फोन, फैक्स और मोबाइल नंबर:
 7. जन्म तिथि और राष्ट्रीयता:
 8. प्राप्त मेडिकल डिग्री का नाम और उत्तीर्ण योग्यता के महीने और वर्ष के साथ विश्वविद्यालय:
-
9. संस्थान का नाम और पता जहां आवेदक ने ऐसी योग्यता के लिए इंटरनशिप प्रशिक्षण प्राप्त किया और ऐसे इंटरनशिप प्रशिक्षण की अवधि:
-
10. अध्यापन या अनुसंधान या चिकित्सा पद्धति के प्रयोजनों के लिए अस्पताल या संस्थान का पूरा पता सहित नाम:
 11. संस्थान या अस्पताल में उस व्यक्ति का नाम और पदनाम जो संबंधित डॉक्टर द्वारा रोगी की देखभाल के संबंध में कानूनी मुद्दों के लिए जिम्मेदार होगा:
 12. मैं इनमें से प्रत्येक की स्वप्रमाणित प्रति इसके साथ अग्रेषित करता हूँ:-
 - (i) माध्यमिक प्रमाण पत्र अथवा उच्चतर माध्यमिक प्रमाण पत्र अथवा पासपोर्ट अथवा जन्म प्रमाण पत्र अथवा जन्म तिथि के प्रमाण के संबंध में कोई अन्य दस्तावेज।
 - (ii) गृह शिक्षता (इंटरनशिप) पूर्णता प्रमाण पत्र।
 - (iii) मेरे पास चिकित्सा योग्यता के संबंध में डिग्री प्रमाण पत्र की एक प्रमाणित प्रति।
 - (iv) आवेदक के आवासीय पते की पुष्टि करने वाले किसी भी दस्तावेज की स्व-सत्यापित प्रति जो कि भारतीय चुनाव आयोग का पहचान पत्र या पासपोर्ट या ड्राइविंग लाइसेंस हो सकता है।
 - (v) आधार कार्ड की स्वप्रमाणित प्रति।
 13. रुपये का पंजीकरण शुल्क। (शब्दों में) नई दिल्ली में देय 'राष्ट्रीय होम्योपैथी आयोग' के पक्ष में ऑनलाइन या बैंक ड्राफ्ट संख्या द्वारा प्रेषित।

नोट:- आवेदन की अस्वीकृति के मामले में आवेदक को सेवा शुल्क वापस नहीं किया जाएगा।

प्रमाणपत्र

मैं प्रमाणित करता / करती हूँ कि ऊपर दिए गए विवरण मेरे सर्वोत्तम ज्ञान और विश्वास के अनुसार सत्य हैं। मैं उस राज्य/केंद्र शासित प्रदेश में रहता / रहती हूँ जहां कोई होम्योपैथिक बोर्ड/परिषद मौजूद नहीं है और मैंने अतीत में किसी अन्य राज्य बोर्ड/परिषद से कोई पंजीकरण प्राप्त नहीं किया है।

भवदीय ,

(आवेदक के हस्ताक्षर)

दिनांक :

स्थान :

घोषणा और शपथ

1. मैं मानवता की सेवा के लिए अपना जीवन समर्पित करने की सत्यनिष्ठा से प्रतिज्ञा करता हूँ।
2. यहां तक कि खतरे की स्थिति में भी, मैं मानवता के नियमों के विपरीत अपने चिकित्सकीय ज्ञान का उपयोग नहीं करूंगा।
3. मैं मानव जीवन का परम सम्मान बनाए रखूंगा।
4. मैं अपने कर्तव्य और अपने रोगी के बीच धर्म, राष्ट्रीयता, जाति, राजनीतिक विश्वासों या सामाजिक स्थिति के विचारों को हस्तक्षेप करने की अनुमति नहीं दूंगा।
5. मैं होम्योपैथी के सिद्धांतों के अनुसार और या बायोकेमिक सिस्टम ऑफ मेडिसिन (टिशू उपचार) के सिद्धांतों के अनुसार विवेक और गरिमा के साथ अपने पेशे का प्रेक्टिस करूंगा।
6. मेरे रोगी का स्वास्थ्य मेरा पहला विचार होगा।
7. मैं उन रहस्यों का सम्मान करूंगा जो मुझ तक सीमित हैं।
8. मैं अपने शिक्षकों को वह सम्मान और आभार दूंगा जो उनका हक है।
9. मैं अपनी शक्ति में हर तरह से चिकित्सा पेशे के सम्मान और महान परंपराओं को बनाए रखूंगा।
10. मेरे सहकर्मी मेरे भाई और बहन होंगे।
11. मैं इन वादों को गम्भीरता से, स्वतंत्र रूप से और अपने सम्मान पर करता हूँ।

हैनेमैनियन शपथ

"मैं अपने सम्मान पर शपथ लेता हूँ कि मैं होम्योपैथी की शिक्षाओं का पालन करूंगा, अपना कर्तव्य निभाऊंगा, अपने रोगियों को न्याय दूंगा और बीमारों की मदद करूंगा जो भी मेरे पास इलाज के लिए आएंगे।

मास्टर हैनीमैन की शिक्षाएँ मुझे प्रेरित करें और मुझे अपने मिशन को पूरा करने की शक्ति मिले।"

(उम्मीदवार के हस्ताक्षर)

नाम:.....

दिनांक:.....

शपथ को सत्यापित करने वाले होम्योपैथिक डॉक्टर के हस्ताक्षर _____

प्रमाणित होम्योपैथिक चिकित्सक का नाम _____

पंजीकरण संख्या (राज्य बोर्ड के नाम के साथ) और प्रमाणित करने वाले डॉक्टर की योग्यता

*ध्यान दें: - घोषणा और शपथ आवेदक द्वारा हस्ताक्षरित होनी चाहिए और होम्योपैथी के एक पंजीकृत चिकित्सा व्यवसायी द्वारा विधिवत रूप से सत्यापित होनी चाहिए।

फार्म -4

(विनियम 6 देखें)

होम्योपैथी राष्ट्रीय आयोग

जवाहर लाल नेहरू भारतीय चिकित्सा एवम होम्योपैथी अनुसंधान भवन, 61-65, इंस्टीट्यूशनल एरिया, अपोजिट. 'डी' ब्लॉक, जनकपुरी, नई दिल्ली-58

**पंजीकरण प्रमाण पत्र**

अभ्यर्थी के
छायाचित्र के
लिए स्थान

प्रमाणपत्र संख्या. एनसीएच _____

उम्मीदवार का नाम	पिता का नाम	पता	अर्हता
(1)	(2)	(3)	(4)

अध्यक्ष
(बीईआरएच)

नई दिल्ली :
दिनांक:-

(जारी होने की तारीख से _____ तक वैध)

फार्म-5

{विनियम 8 का उप-विनियम (i)(2) देखें}

राष्ट्रीय होम्योपैथी आयोग

जवाहर लाल नेहरू भारतीय चिकित्सा एवम होम्योपैथी अनुसंधान भवन, 61-65, इंस्टीट्यूशनल एरिया, 'डी' ब्लॉक के सामने, जनकपुरी, नई दिल्ली-58

अन्य राज्य में व्यवसाय करने की अनुमति प्राप्त करने के लिए आवेदन

सेवा में,

(पंजीकरण प्राधिकारी का नाम)

विषय:- _____ राज्य में प्रैक्टिस करने के लिए नामांकन के संबंध में।

श्रीमती / श्रीमान्,

मेरे पास _____ योग्यता है और मेरे पास वैध पंजीकरण सं. _____ है। होम्योपैथी राज्य चिकित्सा परिषद / पंजीकरण प्राधिकरण _____ द्वारा _____ को जारी है।

मैं _____ की अवधि से _____ तक के लिए _____ पते पर प्रैक्टिस करना चाहता हूं। कृपया मेरा नाम अपने सहायक रजिस्टर में जोड़ें और मुझे नामांकन पत्र जारी करें। मेरा पंजीकरण आज तक अद्यतन है। मैं आवश्यक शुल्क का भुगतान करने के लिए तैयार हूं। निम्नलिखित दस्तावेजों की स्व-सत्यापित प्रतियाँ संलग्न हैं: -

- (i) डिग्री / डिप्लोमा;
- (ii) इंटरनशिप प्रमाणपत्र;
- (iii) अपडेट के प्रमाण के साथ पंजीकरण प्रमाण पत्र, यदि आवश्यक हो;
- (iv) नया पता प्रमाण;
- (v) कोई अन्य दस्तावेज।

प्रमाणित किया जाता है कि मेरे विरुद्ध किसी भी प्राधिकारी/राज्य के पास किसी भी प्रकार की कोई एथिकल कार्यवाही लंबित नहीं है।

सधन्यवाद।

भवदीय

()

दिनांक:

पता: _____

ईमेल: _____

मो. _____

प्रपत्र -6

[विनियम 8(2) (i) देखें]

क्रम संख्या	राज्य नामांकन संख्या	व्यावसायिक का नाम (बड़े अक्षरों में) नवीनतम फोटो के साथ.	पिता का नाम (बड़े अक्षरों में)	प्रेक्टिस या कार्य का नया पता।	स्थायी पता।	आधार संख्या।
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)

फोन, फैक्स और मोबाइल नंबर के साथ ईमेल पता.	जन्म तिथि और राष्ट्रीयता	प्राप्त मेडिकल डिग्री या डिप्लोमा का नाम और उत्तीर्ण योग्यता के महीने और वर्ष के साथ विश्वविद्यालय।	पंजीकरण विवरण: (i) पंजीकरण संख्या: (ii) पंजीकरण की तिथि: (iii) रजिस्टर का (नाम) (राष्ट्रीय/राज्य): (i) (iv) क्या पंजीकरण नवीकरणीय या स्थायी है:	चिकित्सा के शिक्षण या अनुसंधान या प्रेक्टिस के प्रयोजनों के लिए पूरे पते के साथ अस्पताल या संस्थान का नाम।	संस्थान या अस्पताल में उस व्यक्ति का नाम जो संबंधित चिकित्सक द्वारा प्रदान की जाने वाली रोगी देखभाल के संबंध में कानूनी मुद्दों के लिए जिम्मेदार होगा।
(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)

प्रपत्र -7

[विनियम 7(4) देखें]

राष्ट्रीय होम्योपैथी आयोग

जवाहर लाल नेहरू भारतीय चिकित्सा एवम होम्योपैथी अनुसंधान भवन, 61-65, इंस्टीट्यूशनल

एरिया, 'डी' ब्लॉक ब्लॉक के सामने, जनकपुरी, नई दिल्ली-58

पंजीकरण के लिए आवेदन पत्र (विदेशी नागरिकों के लिए)

स्वप्रमाणित
फोटो चिपकाएस्वप्रमाणित
फोटो चिपकाए

सेवा में,

अध्यक्ष

होम्योपैथी नैतिकता और पंजीकरण बोर्ड,

राष्ट्रीय होम्योपैथी आयोग,

जनकपुरी, नई दिल्ली -110058।

श्रीमान,

मैं एतद्वारा अनुरोध करता हूं कि मेरा नाम और नीचे उल्लिखित अन्य विवरण राष्ट्रीय होम्योपैथी रजिस्टर में दर्ज किए जाएं।

1. पूरा नाम (बड़े अक्षरों में) :
2. पिता का नाम (बड़े अक्षरों में):
3. वर्तमान पत्राचार का पता :
4. स्थाई पता:
5. पासपोर्ट संख्या:
6. बीजा विवरण:
7. ई-मेल पते के साथ फोन, फैक्स और मोबाइल नंबर:
8. जन्म तिथि और राष्ट्रीयता:
9. प्राप्त मेडिकल डिग्री का नाम और उत्तीर्ण योग्यता के महीने और वर्ष के साथ विश्वविद्यालय:

10. संस्थान का नाम और पता जहां आवेदक ने ऐसी योग्यता के लिए इंटरनशिप प्रशिक्षण प्राप्त किया और ऐसे इंटरनशिप प्रशिक्षण की अवधि।

11. क्या पहले चिकित्सा पद्धति के लिए भारत आए थे। यदि हां, तो पिछली यात्राओं की तारीख, अवधि और स्थान। स्वप्रमाणित प्रति संलग्न करें।

12. क्या आप किसी अन्य विदेशी देश में पंजीकृत हैं? यदि हां, तो उस निकाय या संगठन या संस्थान का नाम बताएं जिसके साथ पंजीकृत है और पंजीकरण की संख्या और तारीख दें। स्व-सत्यापित प्रति संलग्न करें:

13. क्या आप अपने देश में चिकित्सक के रूप में पंजीकृत हैं? यदि हां, तो उस निकाय या संगठन या संस्थान का नाम प्रदान करें जिसके साथ पंजीकरण या लाइसेंस संख्या और तारीख पंजीकृत है।

स्वप्रमाणित प्रति संलग्न करें।

14. अध्यापन या अनुसंधान या चिकित्सा पद्धति के प्रयोजनों के लिए अस्पताल या संस्थान का पूरा पता सहित नाम:

15. नाम चिकित्सा के प्रशिक्षण या अनुसंधान या प्रैक्टिस की अवधि।

16. संस्थान या अस्पताल में उस व्यक्ति का नाम और पदनाम जो संबंधित डॉक्टर द्वारा रोगी की देखभाल के संबंध में कानूनी मुद्दों के लिए जिम्मेदार होगा:

17. निर्दिष्ट करने के लिए कि क्या भारत में रोजगार अस्थायी या स्थायी था

18. मैं प्रत्येक की स्वप्रमाणित प्रति इसके साथ अग्रेषित करता हूं :-

(i) पासपोर्ट या जन्म प्रमाण पत्र या जन्म तिथि के प्रमाण के संबंध में कोई अन्य दस्तावेज।

(ii) इंटरनशिप पूर्णता प्रमाण पत्र।

(iii) मेरे पास चिकित्सा योग्यता के संबंध में डिग्री प्रमाण पत्र की एक प्रमाणित प्रति।

(iv) आवेदक के आवासीय पते की पुष्टि करने वाले किसी भी दस्तावेज की स्व-सत्यापित प्रति जो पासपोर्ट हो सकता है।

(v) बीजा की स्व-सत्यापित प्रति।

(vi) राजनयिक अनुमति पत्र की स्वप्रमाणित प्रति।

19. पंजीकरण शुल्क रु. (शब्दों में) नई दिल्ली में दिल्ली में देय 'राष्ट्रीय होम्योपैथी आयोग' के पक्ष में ऑनलाइन या बैंक ड्राफ्ट संख्या द्वारा प्रेषित।

नोट:- आवेदन की अस्वीकृति के मामले में आवेदक को सेवा शुल्क वापस नहीं किया जाएगा।

प्रमाणपत्र

मैं प्रमाणित करता हूं कि ऊपर दिए गए विवरण मेरे सर्वोत्तम ज्ञान और विश्वास के अनुसार सत्य हैं। मैं के राज्य/संघ राज्य क्षेत्र में रहता/रहती हूँ। मैंने पूर्व में किसी अन्य राज्य बोर्ड/राज्य चिकित्साहोम्योपैथी परिषद से कोई पंजीकरण प्राप्त नहीं किया है।

भवदीय,

(आवेदक के हस्ताक्षर)

दिनांक :

स्थान :

घोषणा और शपथ

1. मैं मानवता की सेवा के लिए अपना जीवन समर्पित करने की सत्यनिष्ठा से प्रतिज्ञा करता हूँ।
2. यहां तक कि खतरे की स्थिति में भी, मैं मानवता के नियमों के विपरीत अपने चिकित्सकीय ज्ञान का उपयोग नहीं करूंगा।
3. मैं मानव जीवन का परम सम्मान बनाए रखूंगा।
4. मैं अपने कर्तव्य और अपने रोगी के बीच धर्म, राष्ट्रीयता, जाति, राजनीतिक विश्वासों या सामाजिक स्थिति के विचारों को हस्तक्षेप करने की अनुमति नहीं दूंगा।
5. मैं होम्योपैथी के सिद्धांतों के अनुसार और या बायोकेमिक सिस्टम ऑफ मेडिसिन (टिशू उपचार) के सिद्धांतों के अनुसार विवेक और गरिमा के साथ अपने पेशे का प्रेक्टिस करूंगा।
6. मेरे रोगी का स्वास्थ्य मेरा पहला विचार होगा।
7. मैं उन रहस्यों का सम्मान करूंगा जो मुझ तक सीमित हैं।
8. मैं अपने शिक्षकों को वह सम्मान और आभार दूंगा जो उनका हक है।
9. मैं अपनी शक्ति में हर तरह से चिकित्सा पेशे के सम्मान और महान परंपराओं को बनाए रखूंगा।
10. मेरे सहकर्मी मेरे भाई और बहन होंगे।
11. मैं इन वादों को गम्भीरता से, स्वतंत्र रूप से और अपने सम्मान पर करता हूँ।

हैनीमैनियन शपथ

"मैं अपने सम्मान पर शपथ लेता हूँ कि मैं होम्योपैथी की शिक्षाओं का पालन करूंगा, अपना कर्तव्य निभाऊंगा, अपने रोगियों को न्याय दूंगा और बीमारों की मदद करूंगा जो भी मेरे पास इलाज के लिए आएंगे।
मास्टर हैनीमैन की शिक्षाएँ मुझे प्रेरित करें और मुझे अपने मिशन को पूरा करने की शक्ति मिले।"

(उम्मीदवार के हस्ताक्षर)

नाम:.....

दिनांक:.....

शपथ प्रमाणित करने वाले होम्योपैथिक डॉक्टर के हस्ताक्षर _____ प्रमाणित करने वाले होम्योपैथिक डॉक्टर का नाम _____ पंजीकरण संख्या (राज्य बोर्ड के नाम के साथ) और प्रमाणित करने वाले डॉक्टर की योग्यता

*ध्यान दें: - घोषणा और शपथ आवेदक द्वारा हस्ताक्षरित होनी चाहिए और होम्योपैथी के एक पंजीकृत चिकित्सा व्यवसायी द्वारा विधिवत रूप से सत्यापित होनी चाहिए।

फार्म -8
[विनियम 7(4) देखें]

होम्योपैथी राष्ट्रीय आयोग

जवाहर लाल नेहरू भारतीय चिकित्सा एवम होम्योपैथी अनुसंधान भवन, 61-65, इंस्टीट्यूशनल एरिया, 'डी' ब्लॉक ब्लॉक के सामने, जनकपुरी, नई दिल्ली-58



पंजीकरण प्रमाण पत्र

अभ्यर्थी के
छायाचित्र के लिए
स्थान

प्रमाणपत्र संख्या. एनसीएच _____

उम्मीदवार का नाम	पिता का नाम	पता	अर्हता
(1)	(2)	(3)	(4)

अध्यक्ष
(बीईआरएच)

नई दिल्ली :

दिनांक:-

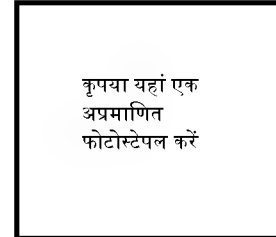
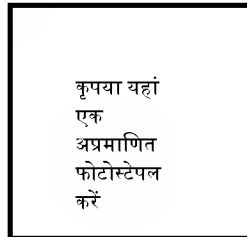
(जारी होने की तारीख से _____ तक वैध)

फार्म-9
(विनियम 9 (2) देखें)

राष्ट्रीय होम्योपैथी आयोग

जवाहर लाल नेहरू भारतीय चिकित्सा एवम होम्योपैथी अनुसंधान भवन, 61-65, इंस्टीट्यूशनल एरिया, 'डी' ब्लॉक ब्लॉक के सामने, जनकपुरी, नई दिल्ली-58

नाम की पुनः स्थापन हेतु आवेदन पत्र (केवल ऐसे राज्यों / केंद्र शासित प्रदेशों के चिकित्सकों द्वारा उपयोग हेतु जहां कोई होम्योपैथी राज्य चिकित्सा परिषद नहीं है।)



सेवा में,
(पंजीकरण प्राधिकारी का नाम)।

श्रीमान,

मैं एतद्वारा अनुरोध करता हूं कि मेरा नाम और निम्नलिखित अन्य विवरण राष्ट्रीय होम्योपैथी पंजीका में दर्ज किए जाएं :

1. पूरा नाम (बड़े अक्षरों में) :

2. पिता का नाम (बड़े अक्षरों में):

3. वर्तमान पत्राचार का पता :
 4. स्थायी पता:
 5. आधार संख्या:
 6. ई-मेल पते के साथ फोन, फैक्स और मोबाइल नंबर:
 7. जन्म तिथि और राष्ट्रीयता:
 8. मूल पंजीकरण संख्या:
 9. रजिस्टर से नाम हटाने का कारण:
-
10. ग्राम मेडिकल डिग्री का नाम और योग्यता पास करने के महीने और वर्ष के साथ विश्वविद्यालय:
-
11. संस्थान का नाम और पता जहां आवेदक ने ऐसी योग्यता के लिए इंटरनशिप प्रशिक्षण प्राप्त किया और ऐसे इंटरनशिप प्रशिक्षण की अवधि:
-
12. अध्यापन या अनुसंधान या चिकित्सा पद्धति के प्रयोजनों के लिए अस्पताल या संस्थान का पूरा पता सहित नाम:
-
13. संस्थान या अस्पताल में उस व्यक्ति का नाम और पदनाम जो संबंधित डॉक्टर द्वारा रोगी की देखभाल के संबंध में कानूनी मुद्दों के लिए जिम्मेदार होगा:
-
14. मैं इनमें से प्रत्येक की स्व-सत्यापित प्रति इसके साथ अग्रेषित करता हूं:
- (i) मैं ट्रिक्लेशन सर्टिफिकेट या सेकेंडरी स्कूल सर्टिफिकेट या पासपोर्ट या जन्म प्रमाण पत्र या जन्म तिथि के प्रमाण के संबंध में कोई अन्य दस्तावेज।
 - (ii) इंटरनशिप पूर्णता प्रमाण पत्र।
 - (iii) आवेदक के आवासीय पते की पुष्टि करने वाले किसी भी दस्तावेज की स्व-सत्यापित प्रति जो कि भारतीय चुनाव आयोग का पहचान पत्र या पासपोर्ट या ड्राइविंग लाइसेंस हो सकता है।
 - (iv) आधार कार्ड की स्वप्रमाणित प्रति।
 - (v) मेरे पास चिकित्सा योग्यता के संबंध में डिग्री प्रमाण पत्र की एक प्रमाणित प्रति।
15. रुपये की बहाली शुल्क। (शब्दों में) नई दिल्ली में दिल्ली में देय 'होम्योपैथी के लिए राज्य चिकित्सा परिषद / होम्योपैथी के लिए राष्ट्रीय आयोग' के पक्ष में ऑनलाइन या बैंक ड्राफ्ट नंबर द्वारा प्रेषित।

नोट:- आवेदन की अस्वीकृति के मामले में आवेदक को सेवा शुल्क वापस नहीं किया जाएगा ।

मैं प्रमाणित करता हूं कि ऊपर दिए गए मेरे विवरण, मेरे सर्वोत्तम ज्ञान और विश्वास के अनुसार सत्य हैं । मैं उस राज्य/केंद्र शासित प्रदेश में रहता हूं जहां कोई होम्योपैथिक बोर्ड/परिषद मौजूद नहीं है और मैंने अतीत में किसी अन्य राज्य बोर्ड/परिषद से कोई पंजीकरण प्राप्त नहीं किया है।

भवदीय,

(आवेदक के हस्ताक्षर)

दिनांक:

स्थान :

घोषणा और शपथ

- (1) मैं मानवता की सेवा के लिए अपना जीवन समर्पित करने की सत्यनिष्ठा से प्रतिज्ञा करता हूँ।
- (2) यहाँ तक कि खतरे में भी, मैं अपने चिकित्सा ज्ञान का उपयोग मानवता के नियमों के विपरीत नहीं करूँगा।
- (3) मैं मानव जीवन का परम सम्मान बनाए रखूँगा।
- (4) मैं धर्म, राष्ट्रीयता, जाति, राजनीतिक विश्वासों या सामाजिक स्थिति के विचारों को अपने कर्तव्य और अपने रोगी के बीच हस्तक्षेप करने की अनुमति नहीं दूँगा।
- (5) मैं होम्योपैथी के सिद्धांतों के अनुसार और या बायोकेमिक सिस्टम ऑफ मेडिसिन (टिशू उपचार) के सिद्धांतों के अनुसार विवेक और गरिमा के साथ अपने पेशे का अभ्यास करूँगा।
- (6) मेरे रोगी का स्वास्थ्य मेरा पहला विचार होगा।
- (7) मैं उन रहस्यों का आदर करूँगा जो मुझ तक सीमित हैं।
- (8) मैं अपने शिक्षकों को वह सम्मान और आभार दूँगा जो उनका हक है।
- (9) मैं अपनी शक्ति में हर तरह से चिकित्सा पेशे के सम्मान और महान परंपराओं को बनाए रखूँगा।
- (10) मेरे सहयोगी मेरे भाई और बहन होंगे।
- (11) मैं इन शपथ को गंभीरता से, स्वतंत्र रूप से और अपने सम्मान पर करता हूँ।

हैनीमैनियन शपथ

"मैं अपने सम्मान पर शपथ लेता हूँ कि मैं होम्योपैथी की शिक्षाओं का पालन करूँगा, अपना कर्तव्य निभाऊँगा, अपने रोगियों को न्याय दूँगा और जो भी रोगी मेरे पास इलाज के लिए आएंगे उसकी मदद करूँगा।
मास्टर हैनीमैन की शिक्षाएँ मुझे प्रेरित करें और मुझे अपने मिशन को पूरा करने की शक्ति मिले।"

(उम्मीदवार के हस्ताक्षर)

नाम:.....

दिनांक:.....

शपथ प्रमाणित करने वाले होम्योपैथिक चिकित्सक के हस्ताक्षर _____ प्रमाणित करने वाले होम्योपैथिक चिकित्सक नाम _____ पंजीकरण संख्या (राज्य बोर्ड के नाम के साथ) और प्रमाणित करने वाले चिकित्सक की अर्हता _____

***नोट:** - घोषणा और शपथ आवेदक द्वारा हस्ताक्षरित होनी चाहिए और होम्योपैथी के एक पंजीकृत चिकित्सा व्यवसायी द्वारा विधिवत रूप से सत्यापित होनी चाहिए।

अनुसूची
[विनियम 6, 7(2), 7(2)(iii), 9(2) देखें]

होम्योपैथी नैतिकता और पंजीकरण बोर्ड में पंजीकरण शुल्क

क्र.सं.	होम्योपैथी के लिए राष्ट्रीय आयोग (एनसीएच) के तहत प्रक्रिया	नियमन संख्या	प्राधिकरण का नाम	राशि (रु./\$)
1	नियमानुसार एनसीएच में सीधा पंजीकरण	विनियमन सं.6	राष्ट्रीय होम्योपैथी आयोग	रु. 3000/-
2	एनसीएच में विदेशी नागरिक के लिए अनुज्ञप्ति(लाइसेंस)	विनियमन सं.7(2)	राष्ट्रीय होम्योपैथी आयोग	अमेरिकी \$200
3	अन्य राज्य में नामांकन जहाँ कोई राज्य परिषद मौजूद नहीं है	विनियमन सं.8 (2) (iii)	राष्ट्रीय होम्योपैथी आयोग	रु.2000/-
4	एनसीएच में देय तिथि के छह महीने से अधिक और 2 वर्ष तक लाइसेंस का अपडेटिंग	विनियमन सं.9 (2)	राष्ट्रीय होम्योपैथी आयोग	रु.1500/- नियमित पंजीकरण शुल्क के अतिरिक्त
5	नियमानुसार एनसीएच में नाम की बहाली	विनियमन सं.9 (2)	राष्ट्रीय होम्योपैथी आयोग	रु.2000/- नियमित पंजीकरण शुल्क के अतिरिक्त

मिसिल सं. _____

अध्यक्ष

(बीईआरएच)

NATIONAL COMMISSION FOR HOMOEOPATHY

NOTIFICATION

New Delhi, the 13th December, 2022

F. No. 2-11/2021-BERH/NCH/11055.—In exercise of the powers conferred by sub-section (1) and clauses (zf), (zg), (zh), (zi) and (zj) of sub-section (2) of section 55 read with sections 32, 33 and 34 of the National Commission for Homoeopathy Act, 2020 (15 of 2020) and in supersession of the Homoeopathy Central Council (Registration) Regulations, 1983, except as respects thing done or omitted to be done before such supersession, the National Commission for Homoeopathy hereby makes the following regulations, namely: -

1. **Short title and commencement.** - (1) These regulations may be called the National Commission for Homoeopathy (Manner of Preparation and Maintenance of National Register for Practitioner of Homoeopathy) Regulations, 2022.

(2) They shall come into force on the date of their publication in the Official Gazette.
2. **Definitions.**-(1) In these regulations, unless the context otherwise require,—
 - (a) “Act” means the National Commission for Homoeopathy Act, 2020 (15 of 2020);
 - (b) “additional qualification” includes a post graduate degree, post graduate diploma or doctoral degree as may be laid down by the Commission;
 - (c) “Ayushman Bharat Digital Mission” means a mission which seeks to create a national digital health ecosystem that supports universal health coverage in an efficient, accessible, inclusive, affordable, timely and safe manner, that provides a wide-range of data, information and infrastructure services, duly leveraging open, interoperable, standards based digital systems, and ensures the security, confidentiality and privacy of health-related personal information.
 - (d) “Form” means a form appended to these regulations;
 - (e) “Healthcare Professional Registry” under Ayushman Bharat Digital Mission means a comprehensive repository of all healthcare professionals involved in the delivery of healthcare services across both modern and traditional systems of medicine.
 - (f) “Practitioner of Homoeopathy” includes Medical Practitioner of Homoeopathy, registered practitioner of Homoeopathy, registered medical practitioner, practitioner, register homoeopathic practitioner, licensed practitioner, homoeopathy practitioner, who is for the time being registered in any State register or Central register or National register for Homoeopathy;
 - (g) “Schedule” means a Schedule appended to these regulations.

(2) Words and expressions used herein and not defined but defined in the Act shall have the same meanings as respectively, assigned to them in the Act.
3. **Maintenance of National Register.** – (1) The Board of Ethics and Registration for Homoeopathy shall maintain the National Register for Homoeopathy in the Forms as specified in the National Commission for Homoeopathy (Submission of List of Homoeopathy Practitioners) Rules, 2021, both in electronic and physical formats.

(2) The National Register shall be prepared on the basis of list of registered medical practitioners as provided by the State Medical Councils for Homoeopathy and the data of direct registration made by the Board of Ethics and Registration for Homoeopathy.

(3) Every State Medical Council for Homoeopathy shall also maintain and regularly update the State Register in the Form-1 and Form-2, both in the electronic and physical formats and also supply physically signed two copies of the same to the President of the Board of Ethics and Registration for Homoeopathy on quarterly basis as per the time schedule mentioned in the following table, namely:—

Serial Number	Details of Data	Time-Period
(1)	(2)	(3)
1.	Data of Registered Practitioner From 01 st January to 31 st March	upto the 15 th April
2.	Data of Registered Practitioner From 01 st April to 30 th June	upto the 15 th July
3.	Data of Registered Practitioner From 01 st July to 30 th September	upto the 15 th October
4.	Data of Registered Practitioner From 01 st October to 31 st December	upto the 15 th January

(4) Every State Medical Council for Homoeopathy in discharge of its functions under these regulations shall make suitable arrangements for the infrastructures relating to the Information Technology and human resources, so as to commensurate with number of practitioners registered in the State or Union territory, as the case may be, and the State Government or Union territory Administration concerned shall ensure that licenses or registrations granted prior to constitution of the Commission are updated in Form - 1 and Form- 2, in a time bound manner but within a maximum time- period of one year from the date of commencement of these regulations.

(5) In case of any contradiction between the Act and any regulations made thereunder and any State Act or regulations for the time being in force, the provisions of the Act and regulations made there under shall prevail and every State Medical Council for Homoeopathy shall comply the said provisions of the Act and regulations made there under so as to maintain uniformity.

(6) The Board of Ethics and Registration for Homoeopathy shall have continuous interactions with the State Medical Councils for Homoeopathy so as to effectively promote and regulate the conduct of medical practitioners of Homoeopathy.

(7) (i) All registered homoeopathic medical practitioners duly registered under their respective State Medical Councils for Homoeopathy, may enroll themselves in Healthcare Professional Registry under Ayushman Bharat Digital Mission as per the guidelines issued in this regard by the National Health Authority.

(ii) Notwithstanding anything contained in clause (i), practitioners of Homoeopathy of government healthcare facility shall mandatorily register themselves in Healthcare Professional Registry under Ayushman Bharat Digital Mission.

4. **Eligibility for License to Practice.** -(1) Any person possessing medical qualification in Homoeopathy recognised by the Homoeopathy Education Board or recognised under the Second or Third schedule to the *erstwhile* Homoeopathy Central Council Act, 1973 (59 of 1973) shall be eligible to obtain license to practice Homoeopathy from the concerned State Medical Council for Homoeopathy, where he resides:

Provided that the State Medical Councils for Homoeopathy shall ensure that the applicant who desires to obtain license is not already registered with any other State Medical Council for Homoeopathy:

Provided further that in case of delay of more than one year in obtaining initial registration by any qualified person, the concerned State Medical Council for Homoeopathy shall ensure that the applicant has not obtained registration from any other State Medical Council for Homoeopathy and compulsory undertaking to the effect that he does not have any license or registration from any other State or Union territory shall be obtained before granting the license.

5. **Additional qualification.** -(1) The State Medical Council for Homoeopathy shall enter the recognised additional qualification against the initial registration of the practitioner of Homoeopathy in the State Register, after verification and simultaneously updation of the electronic data in this regard.

(2) The State Medical Council for Homoeopathy shall enter all changes or modifications or corrections, in any details of the practitioner of Homeopathy in the State Register, updated the same through the electronic data synchronisation with the National Register, modify the same in Healthcare Professional Registry if applicable, and also inform to the National Commission for Homoeopathy in this regard.

6. **Registration with National Commission for Homoeopathy.** – Where the State Medical Council for Homoeopathy is not constituted the National Commission for Homoeopathy through the Board of Ethics and Registration for Homoeopathy shall register a medical practitioner of Homoeopathy residing in a State or Union territory on application form made along with fee as specified these Regulation.

Provided that the direct registration under this regulation shall be made only till the time such State Medical Council for Homoeopathy is constituted:

Provided further that the Board of Ethics and Registration for Homoeopathy shall, before entering the name of such practitioner in the register, verify his qualification from the awarding authority and also verify his address and other particulars from the concerned police authority.

7. **License to practice by citizen or for foreign qualification.**– (1) Any foreign citizen possessing the medical qualification in Homoeopathy of his country and is recognised as practitioner of homoeopathy in that country and recognised by the National Commission for Homoeopathy and desires license to practice Homoeopathy in India, shall be required to obtain diplomatic permission for stay in India and shall be eligible for obtaining temporary license for the period of falling within the such permitted stay but not exceeding six months at a time:

Provided that in case of a foreign citizen who desires to pursue any additional qualification in Homoeopathy recognised by the National Commission for Homoeopathy shall be eligible for obtaining the license for the period of his study.

(2) Any foreign citizen referred to in sub-regulations (1), shall apply in Form-7 to the State Medical Council for Homoeopathy or National Commission for Homoeopathy, as the case may be, along with payment of the fee as specified in the Schedule for obtaining license in Form-8 and the 'A' part of register for them shall be maintained by the Board of Ethics and Registration for Homoeopathy, in Form-2.

(3) Any person who is citizen of India and holding foreign qualification recognised by the National Commission for Homoeopathy and desires for the License to practice Homoeopathy shall apply to the concerned State Medical Council for Homoeopathy:

Provided that the National Commission for Homoeopathy through the Board of Ethics and Registration for Homoeopathy shall register such person residing in a State or Union territory, where the State Medical Council for Homoeopathy is not constituted vide the application in Form- 7 and certificate of registration in Form- 8:

Provided further that the State Medical Council for Homoeopathy or Board of Ethics and Registration for Homoeopathy shall, before entering the name of such practitioner in their respective register, verify his qualification from the awarding authority and also verify his address and other particulars from the concerned police authority.

(4) Where a foreign Practitioner of Homoeopathy visits India for the purpose of healthcare service delivery, he may register themselves in the Healthcare Professional Registry under Ayushman Bharat Digital Mission, in order to maintain patient records and enhance the quality of care, in accordance with the policy, guidelines and notifications as maybe issued by the National Health Authority from time to time.

8. **Practice or Employment in other State.**–(1) A person holding license to practice Homoeopathy from any State Medical Council for Homoeopathy or direct registration with National Commission for Homoeopathy or direct registration with *erstwhile* Central Council for Homoeopathy or enrolled in National Register for Homoeopathy or enrolled in *erstwhile* Central Council for Homoeopathy shall be eligible to practice or work in any State or Union territory:

Provided that a licensed practitioner shall also enroll with the concerned respective State Medical Council for Homoeopathy.

(2) (i) A licensed practitioner of Homoeopathy, who wants to practice in any other State or Union territory, shall apply to the concerned State Medical Council for Homoeopathy, in Form-5 and on verification of particulars, the State Medical Council for Homoeopathy shall enroll them in Form-6.

(ii) Every State Medical Council for Homoeopathy shall maintain and regularly update the State Register separately in Form-6 and also send the particulars of practitioners enrolled with State Medical Councils for Homoeopathy to Board of Ethics and Registration for Homoeopathy.

(iii) A practitioner of Homoeopathy registered with any other State Medical Council for Homoeopathy and desires to practice in any such State or Union territory, where the State Medical Council for Homoeopathy is yet to be constituted, shall apply to the Board of Ethics and Registration for Homoeopathy, in Form-5 with fee as specified in Schedule and enroll such practitioners, in Form-6:

Provided that on verification of particulars, the State Medical Council for Homoeopathy or Board of Ethics and Registration for Homoeopathy, as the case may be, shall issue enrollment letter with a copy to the State Medical Council for Homoeopathy, where practitioner is actually registered:

Provided further that any such enrolment shall not be equated with provisional or temporary or permanent registration or direct registration and the concerned State Medical Council for Homoeopathy shall also update the new address in the record.

9. **Updating the details of License in State or National Register.** – (1) The license of a medical practitioner of Homoeopathy shall be updated after every five years in a uniform pattern by all the State Medical Councils for Homoeopathy and by National Commission for Homoeopathy for the direct registrations.

(2) Any practitioner who fails to get his license updated within six months from the due date, shall forfeit his right to practice in Homoeopathy and also forfeit the right to continue in employment based upon his license, unless updated with the payment of fees as may be laid down by State Medical Councils for Homoeopathy or with the payment of fees as specified in Schedule along with the application in Form-9 in case of direct registration by the National Commission for Homoeopathy, as the case may be:

Provided that no such updating shall be allowed, if delay is beyond two years and in such case, the license or registration shall be cancelled and fresh application for license shall be required to be obtained with applicable fee as specified in the Schedule or as laid down by the State Medical Council for Homoeopathy, as the case may be.

(3) All updating or removal made under this regulation shall be informed to the Board of Ethics and Registration through electronic and physical format by stating the reasons by State Medical Councils for Homoeopathy.

10. **Removal or Restoration of name in the State Register or National Register.** –

(1) Where the registration to any person has been granted on the basis of unrecognised qualifications, forged documents or through unfair means, his registration shall be removed by the respective State Medical Council for Homoeopathy or Board of Ethics and Registration, as the case may be, by recording the reasons thereof and after giving an opportunity of being heard in person and all such cancellations shall be intimated to the Board of Ethics and Registration for Homoeopathy within fifteen days.

(2) Any registered practitioner of Homoeopathy whose name has been removed from a State Register of Homoeopathy, on any ground other than that he does not possess requisite medical qualifications, and failed to update his license in due time, and where any application of the said practitioner for restoration of his name to the State Register of Homoeopathy has been rejected by the State Medical Council for

Homoeopathy, may file an appeal to the President, Board of Ethics and Registration for Homoeopathy within thirty days of such rejection, with all details.

(3) In the case, where an appeal is allowed in favor of a licensed practitioner, whose name has been removed from the State or National Register, his name shall be restored accordingly, in the respective register and updated.

11. **Protection of earlier Registrations or Licenses.** – The license granted by any State Medical Councils for Homoeopathy or names entered in the Central Register of Homoeopathy in Part-I and Part-II by the *erstwhile* Central Council of Homoeopathy prior to constitution of the Commission unless cancelled by the State Councils for Homoeopathy, shall be valid for practice or employment.
12. The Commission shall power to relax any of the conditions specified in this regulation, for reasons to be recorded in writing, to avoid any hardship to the practitioners in extreme deserving cases.

Dr. PINAKIN N. TRIVEDI, President, Board of Ethics and Registration for Homoeopathy

[ADVT.-III/4/Exty./475/2022-23]

FORM-1

[See regulation 3]

(List of Homoeopathic Practitioners possessing recognised qualifications enrolled in state register, to be supplied to the President of the Board of Ethics and Registration for Homoeopathy by every State Medical Council for Homoeopathy on quarterly basis)

Serial Number	Name of professional (IN BLOCK LETTERS) with recent photograph	Father's name (IN BLOCK LETTERS).	Present correspondence address.	Permanent address.	Aadhaar number.	Phone, Fax and mobile numbers with e-mail address.
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)

Date of Birth and Nationality	Name of medical degree or diploma obtained and University with the month and year of passing qualification.	Registration particulars: (i) Registration number: (ii) Date of registration: (iii) Name(s) of the register (National/State): (iv) Whether the registration is renewable or permanent:	Name of hospital or institute with complete address for purposes of teaching or research or practice, of medicine.	Name of person in institution or hospital who will be responsible for legal issues regarding patient care provided by doctor concerned.
(8)	(9)	(10)	(11)	(12)

FORM-2

[See regulation 3]

(List of Homoeopathic Practitioners possessing recognised qualifications from outside India, permitted to practice in India and enrolled in state register, to be supplied to The President of the Board of Ethics and Registration for Homoeopathy by every State Medical Council for Homoeopathy on quarterly basis)

Serial Number	Name of professional (IN BLOCK LETTERS) with recent photograph.	Father's name (IN BLOCK LETTERS)	Present correspondence address	Permanent address	Passport number.	Phone, Fax and mobile numbers with e-mail address.	Visa details.
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)

Date of Birth and Nationality	Name of medical degree or diploma obtained and University with the month and year of passing qualification	Whether previously visited India for medical practice. If so, date, period and place of previous visits.	Are you registered in any other foreign country? If so, give name of body or organisation or institute with which registered and number and date of registration.	Are you registered as a medical practitioner in your own country? If so, provide name of body or organisation or institute with which registered with registration or license number and date.
(9)	(10)	(11)	(12)	(13)

Whether registration or license is renewable or permanent.	Name of hospital or institute with complete address for the purposes of teaching or research or practice of medicine.	Period of training or research or practice of medicine.	Name of person in institution or hospital in India, who will be responsible for legal issues regarding patient care provided by doctor concerned.	Whether employment in India was temporary or permanent to be specified.
(14)	(15)	(16)	(17)	(18)

FORM-3
(See regulation 6)

National Commission for Homoeopathy

JawaharLal Nehru Bhartiya Chikitsa Avum Homoeopathy Anusandhan Bhavan,

61-65, Institutional Area, Opp. 'D' Block, JanakPuri, New Delhi-58

Please staple
one
unattested
photo here

**Application Form for Registration (to be used only by
the Practitioners of such States /Union territories where
no State Medical Council for Homoeopathy exists).**

Self-
Attested
Photo to be
pasted here

To,

President (BERH),
National Commission for Homoeopathy,
Janakpuri, New Delhi -110058.

Dear Sir,

I hereby request that my name and other particulars as mentioned below may be entered in the National Register of Homoeopathy.

1. Full Name
(IN BLOCK LETTERS) :
2. Father's name (IN BLOCK LETTERS) :
3. Present correspondence address :
4. Permanent address:
5. Aadhaar number:
6. Phone, Fax and mobile numbers with e-mail address:
7. Date of birth and Nationality:
8. Name of medical degree obtained and University with the month and year of passing qualification:
9. Name of the institution and address where the applicant received internship training for such qualification and the period of such internship training:
10. Name of hospital or institute with complete address for purposes of teaching or research or practice of medicine:
11. Name and designation of person in institution or hospital who will be responsible for legal issues regarding patient care provided by doctor concerned:
12. I forward herewith self-attested copy each of :-
 - (i) Matriculation Certificate or Secondary School Certificate or passport or birth certificate or any other document regarding proof of date of birth.
 - (ii) Internship completion certificate.
 - (iii) An attested copy of the degree certificate in respect of the medical qualification possessed by me.
 - (iv) Self-attested copy of any document confirming the applicants residential address which may be Indian Election Commissions Identity Card or the Passport or the Driving License.
 - (v) Self-attested copy of Aadhaar Card.

13. Registration fee of Rs. _____ (in words _____) remitted by online or Bank Draft No.in favour of 'National Commission for Homoeopathy' payable at New Delhi.

Note:- In case of rejection of application the service charges _____ shall not be refunded to the applicant.

CERTIFICATE

I certify that particulars furnished above are true to the best of my knowledge and belief. I reside in the State/Union territory of _____ where no Homoeopathic Board/Council exists and I did not obtained any Registration from any other State Board/Council in the past.

Yours faithfully,

(Signature of the applicant)

Date :

Place :

DECLARATION AND OATH

1. I solemnly pledge myself to consecrate my life to the service of humanity.
2. Even under threat, I will not use my medical knowledge contrary to laws of humanity.
3. I will maintain the utmost respect of human life.
4. I will not permit considerations of religion, nationality, race, political beliefs or socrar standing to intervene between my duty and my patient.
5. I will practice my profession with conscience and dignity in accordance with principles of Homeopathy and or in accordance with the principles of biochemic system of medicine (tissue remedies).
6. The health of my patient shall be my first consideration.
7. I will respect the secrets which are confined to me.
8. I will give to my teachers the respect and gratitude which is their due.
9. I will maintain by all means in my power the honour and noble traditions of medical profession.
10. My colleagues will be my brothers and sisters.
11. I make these promises solemnly, freely and upon my honour.

Hahnemannian Oath

“On my honor I swear that I shall practice the teachings of homeopathy, perform my duty, render justice to my patients and help the sick whosoever comes to me for treatment.

May the teachings of Master Hahnemann inspire me and may I have the strength for fulfillment of my mission”.

(Signature of the candidate)

Name:.....

Date:.....

Signature of Homoeopathic Doctor Attesting the Oath_____

Name of Attesting Homoeopathic Doctor _____

Registration Number(With name of State Board) and Qualification of Attesting Doctor _____

***Note:-** The Declaration and Oath should be signed by the applicant and duly attested by a Registered Medical Practitioner of Homoeopathy.

FORM-4
(see regulation 6)

NATIONAL COMMISSION FOR HOMOEOPATHY
JawaharLal Nehru Bhartiya Chikitsa Avum Homoeopathy Anusandhan Bhavan,
61-65, Institutional Area, Opp. 'D' Block, JanakPuri, New Delhi-58



Registration Certificate

Space for
Photograph
of
Candidate

Certificate No. NCH_____

Candidate's Name	Father's Name	Address	Qualification
(1)	(2)	(3)	(4)

New Delhi
Date:-

President
(BERH)

(valid upto five years from the date of issuance)

FORM-5

{ see sub-regulation (i)(2) of regulation 8 }

National Commission for Homoeopathy
JawaharLal Nehru Bhartiya Chikitsa Avum Homoeopathy Anusandhan Bhavan,
61-65, Institutional Area, Opp. 'D' Block, JanakPuri, New Delhi-58

Application for seeking permission to practice in other State

To,

The (Name of the registering authority)

Sub:- For enrollment to practice in _____ State-reg.

Madam / sir,

I am in possession of _____ qualification and having valid Regn. No _____ issued by _____ State Medical Council for Homoeopathy / Registering Authority on _____.

I desire to practice at _____ (address) for a period of _____ w.e.f. _____. Kindly add my name in your Adjunct Register and issue me enrollment letter. My Registration is updated till date. I am ready to pay required fee. Self-attested copies of following documents are enclosed namely:-

- (i) Degree / Diploma;
- (ii) Internship certificate;
- (iii) Registration Certificate with proof of update, if required;
- (iv) New address proof;
- (v) Any other document.

It is certified that no ethical proceedings of any type are pending against me with any authority / State.

Thanking you.

Yours sincerely,

Dated: _____

()

Add: _____

Email: _____

Mob: _____

FORM-6

[See regulation 8(2) (i)]

Serial Number	State Enrollment number	Name of professional (IN BLOCK LETTERS) with recent photograph	Father's name (IN BLOCK LETTERS).	New address of practice or work.	Permanent address.	Aadhaar number.
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)

Phone, Fax and mobile numbers with e-mail address.	Date of Birth and Nationality	Name of medical degree or diploma obtained and University with the month and year of passing qualification.	Registration particulars: (i) Registration number: (ii) Date of registration: (iii) Name(s) of the register (National/State): (iv) Whether the registration is renewable or permanent:	Name of hospital or institute with complete address for purposes of teaching or research or practice, of medicine.	Name of person in institution or hospital who will be responsible for legal issues regarding patient care provided by doctor concerned.
(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)

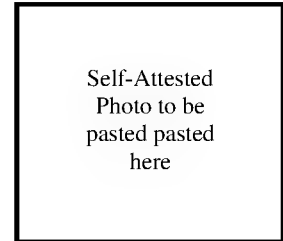
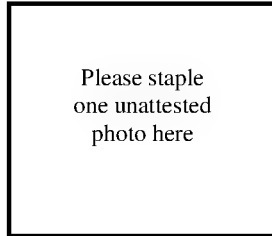
FORM-7

[See regulation 7(4)]

National Commission for Homoeopathy

JawaharLal Nehru Bhartiya Chikitsa Avum Homoeopathy Anusandhan Bhavan,
61-65, Institutional Area, Opp. 'D' Block, JanakPuri, New Delhi-58

Application Form for Registration (for foreign citizens)



To,

President Board of Ethics and Registration for Homoeopathy,
National Commission for Homoeopathy,
Janakpuri, New Delhi -110058.

Dear Sir,

I hereby request that my name and other particulars as mentioned below may be entered in the National Register of Homoeopathy.

1. Full Name
(IN BLOCK LETTERS) :
2. Father's name (IN BLOCK LETTERS) :
3. Present correspondence address :
4. Permanent address :
5. Passport number:
6. Visa details:
7. Phone, Fax and mobile numbers with e-mail address :
8. Date of birth and Nationality :
9. Name of medical degree obtained and University with the month and year of passing qualification:
10. Name of the institution and address where the applicant received internship training for such qualification and the period of such internship training.

11. Whether previously visited India for medical practice. If so, date, period and place of previous visits. Enclose the Self-attested copy.

12. Are you registered in any other foreign country? If so, give name of body or organisation or institute with which registered and number and date of registration. Enclose the Self-attested copy:

13. Are you registered as a medical practitioner in your own country? If so, provide name of body or organisation or institute with which registered with registration or license number and date. Enclose Self-attested copy.
14. Name of hospital or institute with complete address for purposes of teaching or research or practice of medicine:
15. Name Period of training or research or practice of medicine.
16. Name and designation of person in institution or hospital who will be responsible for legal issues regarding patient care provided by doctor concerned:
17. Whether employment in India was temporary or permanent to be specified
18. I forward herewith self attested copy each of :-
 (i) Passport or birth certificate or any other document regarding proof of date of birth.
 (ii) Internship completion certificate.
 (iii) An attested copy of the degree certificate in respect of the medical qualification possessed by me.
 (iv) Self-attested copy of any document confirming the applicants residential address which may be the Passport.
 (v) Self-attested copy of Visa.
 (vi) Self-attested copy of Diplomatic permission letter.
19. Registration fee of Rs. _____ (in words _____) remitted by online or Bank Draft No.....in favour of 'National Commission for Homoeopathy' payable at Delhi at New Delhi.

Note:- In case of rejection of application the service charges _____ shall not be refunded to the applicant.

CERTIFICATE

I certify that particulars furnished above are true to the best of my knowledge and belief. I reside in the _____ State/Union territory of _____. I did not obtained any Registration from any other State Board/State Medical Council for Homoeopathy in the past.

Date :

Yours faithfully,

Place :

(Signature of the applicant)

DECLARATION AND OATH

1. I solemnly pledge myself to consecrate my life to the service of humanity.
2. Even under threat, I will not use my medical knowledge contrary to laws of humanity.
3. I will maintain the utmost respect of human life.
4. I will not permit considerations of religion, nationality, race, political beliefs or socrar standing to intervene between my duty and my patient.
5. I will practice my profession with conscience and dignity in accordance with principles of Homeopathy and or in accordance with the principles of biochemic system of medicine (tissue remedies).
6. The health of my patient shall be my first consideration.
7. I will respect the secrets which are confined to me.
8. I will give to my teachers the respect and gratitude which is their due.
9. I will maintain by all means in my power the honour and noble traditions of medical profession.
10. My colleagues will be my brothers and sisters.
11. I make these promises solemnly, freely and upon my honour.

Hahnemannian Oath

“On my honor I swear that I shall practice the teachings of homeopathy, perform my duty, render justice to my patients and help the sick whosoever comes to me for treatment.

May the teachings of Master Hahnemann inspire me and may I have the strength for fulfillment of my mission”.

(Signature of the candidate)

Name:.....

Date:.....

Signature of Homoeopathic Doctor Attesting the Oath_____

Name of Attesting Homoeopathic Doctor_____

Registration Number (with name of State Board) and Qualification of Attesting Doctor _____

*Note:-The Declaration and Oath should be signed by the applicant and duly attested by a Registered Medical Practitioner of Homoeopathy.

FORM-8

[See regulation 7(4)]

NATIONAL COMMISSION FOR HOMOEOPATHY

JawaharLal Nehru Bhartiya Chikitsa Avum Homoeopathy Anusandhan Bhavan,
61-65, Institutional Area, Opp. 'D' Block, JanakPuri, New Delhi-58

**Registration Certificate**

Space for
Photograph
of
Candidate

Certificate No. NCH_____

Candidate's Name	Father's Name	Address	Qualification
(1)	(2)	(3)	(4)

New Delhi

President

Date:-

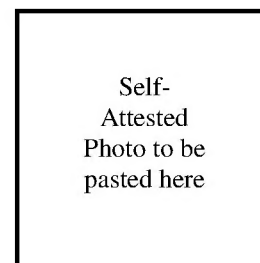
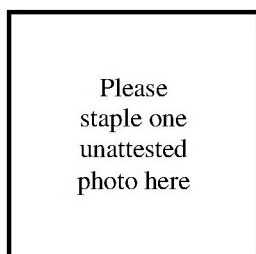
(BERH)

(valid upto_____ from the date of issuance)

FORM-9
(See regulation 9 (2))

National Commission for Homoeopathy
JawaharLal Nehru Bhartiya Chikitsa Avum Homoeopathy Anusandhan Bhavan,
61-65, Institutional Area, Opp. 'D' Block, JanakPuri, New Delhi-58

Application Form for Restoration of name (to be used only by the Practitioners of such States /Union territories where no State Medical Council for Homoeopathy.



To,
The (Name of the registering authority).

Dear Sir,

I hereby request that my name and other particulars as mentioned below may be entered in the National Register of Homoeopathy.

1. Full Name
(IN BLOCK LETTERS) :
2. Father's name (IN BLOCK LETTERS) :
3. Present correspondence address :
4. Permanent address:
5. Aadhaar number:
6. Phone, Fax and mobile numbers with e-mail address:
7. Date of birth and Nationality:
8. Original Registration number:
9. Reason for removal of name from the register:

10. Name of medical degree obtained and University with the month and year of passing qualification:

11. Name of the institution and address where the applicant received internship training for such qualification and the period of such internship training:

12. Name of hospital or institute with complete address for purposes of teaching or research or practice of medicine:

13. Name and designation of person in institution or hospital who will be responsible for legal issues regarding patient care provided by doctor concerned:
-
14. I forward herewith self-attested copy each of :
- Matriculation Certificate or Secondary School Certificate or passport or birth certificate or any other document regarding proof of date of birth.
 - Internship completion certificate.
 - Self-attested copy of any document confirming the applicants residential address which may be Indian Election Commissions Identity Card or the Passport or the Driving License.
 - Self-attested copy of Aadhaar Card.
 - An attested copy of the degree certificate in respect of the medical qualification possessed by me.
15. Restoration fee of Rs. _____ (in words _____) remitted by online or Bank Draft No.....in favour of 'State Medical Council for Homoeopathy / National Commission for Homoeopathy' payable at Delhi at New Delhi.

Note:- In case of rejection of application the service charges _____ shall not be refunded to the applicant.

I certify that particulars furnished above are true to the best of my knowledge and belief. I reside in the State/UT of _____ where no Homoeopathic Board/Council exists and I did not obtained any Registration from any other State Board/Council in the past.

Yours faithfully,

(Signature of the applicant)

Date :

Place :

DECLARATION AND OATH

- I solemnly pledge myself to consecrate my life to the service of humanity.
- Even under threat, I will not use my medical knowledge contrary to laws of humanity.
- I will maintain the utmost respect of human life.
- I will not permit considerations of religion, nationality, race, political beliefs or socar standing to intervene between my duty and my patient.
- I will practice my profession with conscience and dignity in accordance with principles of Homeopathy and or in accordance with the principles of biochemic system of medicine (tissue remedies).
- The health of my patient shall be my first consideration.
- I will respect the secrets which are confined to me.
- I will give to my teachers the respect and gratitude which is their due.
- I will maintain by all means in my power the honour and noble traditions of medical profession.
- My colleagues will be my brothers and sisters.
- I make these promises solemnly, freely and upon my honour.

Hahnemannian Oath

"On my honor I swear that I shall practice the teachings of homeopathy, perform my duty, render justice to my patients and help the sick whosoever comes to me for treatment.

May the teachings of Master Hahnemann inspire me and may I have the strength for fulfillment of my mission".

(Signature of the candidate)

Name:.....

Date:.....

Signature of Homoeopathic Doctor Attesting the Oath_____

Name of Attesting Homoeopathic Doctor _____

Registration Number (with name of State Board) and Qualification of Attesting Doctor _____

*Note: - The Declaration and Oath should be signed by the applicant and duly attested by a Registered Medical Practitioner of Homoeopathy.

SCHEDULE

[See regulation 6, 7(2), 7(2) (iii), 9(2)]

Fees levied for registration at Board of Ethics and Registration for Homoeopathy

Sl.No.	Process under National Commission for Homoeopathy (NCH)	Regulation No.	Name of Authority	Amount (INR/ \$)
1	Direct registration at NCH as per regulation	Regulation no. 6	National Commission for Homoeopathy	Rs. 3000/-
2	License for foreign citizen at NCH	Regulation no. 7(2)	National Commission for Homoeopathy	US \$ 200
3	Enrollment in other State where no State Council is present	Regulation no. 8 (2) (iii)	National Commission for Homoeopathy	Rs. 2000/-
4	Updating of license beyond six months of due date and upto 2 years at NCH	Regulation no. 9 (2)	National Commission for Homoeopathy	Rs. 1500/- In addition to regular Registration Fees
5	Restoration of name at NCH as per regulation	Regulation no. 9 (2)	National Commission for Homoeopathy	Rs. 2000/- In addition to regular Registration Fees

F.No. _____

Secretary, NCH